

ACCIDENTES - CONVENIOS

Bienvenido

Madrid, 15 de enero de 2019

Estimado cliente:

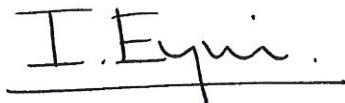
Le agradezco en nombre de Caser la confianza que ha depositado en nosotros al contratar su póliza ACCIDENTES - CONVENIOS.

Nuestro objetivo es asegurar su tranquilidad. Por ello, todos los profesionales que formamos Caser nos comprometemos día a día en ofrecerle el mejor servicio, contando con el apoyo de todos nuestros mediadores y colaboradores.

Junto a esta bienvenida, le adjuntamos la documentación de su póliza, que contiene toda la información de las coberturas y los servicios incluidos, además de los pasos que debe seguir para acceder a ellos cuando lo necesite.

Para formalizar por escrito su póliza, le agradeceríamos que nos enviara firmada la copia de su contrato (*Copia para la Aseguradora*). Para ello, le adjuntamos un cómodo sobre respuesta.

Reiterando de nuevo mi agradecimiento por tenerle entre nuestros clientes, aprovecho para enviarle un cordial saludo.



Ignacio Eyries
DIRECTOR GENERAL

Siempre a su servicio

Atención al cliente..... 902 011 111

SU MEDIADOR: JIB ASESORAMIENTO EN TODO TIPODE SEGUROS,S.L.

E-CLIENTE

Opere en Internet de forma cómoda y sencilla con nuestro servicio e-cliente, dese de alta hoy mismo en nuestra web
www.caser.es/ecliente/acceso

SOTECEN VIAL, S.L.
AVD PRINCIPAL 40
08181 SENTMENAT
BARCELONA



SVGNR/2019/14329739/1

A3699603
00011166

Nº de póliza

50226997

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

Condiciones Particulares y Especiales

Póliza nº 50226997/00000000

DATOS DEL SEGURO				
Protocolo	Póliza	Póliza Reemplazada	Suplemento	Mediador
00000009/1	50226997/00000000			3699603
Nombre del Mediador				
JIB ASESORAMIENTO EN TODO TIPO DE SEGUROS, S.L.				
Ramo	Modalidad	Fecha de Efecto (00 horas)	Fecha de Vencimiento (00 horas)	Fecha de Emisión
11	66	25/01/2019	25/01/2020	15/01/2019
Duración		ANUAL RENOVABLE	Forma de Pago	ANUAL

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO	
Tomador:	SOTECEN VIAL, S.L.
C.I.F.:	B66378134
Domicilio:	AVD PRINCIPAL 40
Localidad:	08181 SENTMENAT
Provincia:	BARCELONA
Domicilio de cobro:	ES0600810095370001152716

DETALLE DEL PRECIO

Coste total del periodo de seguro Desde 25/01/2019 Hasta 25/01/2020

Prima Neta	I.P.S.	Otros Impuestos	Consortio	Total Recibo
166,88 €	0,00 €	0,25 €	0,56 €	167,69 €

Detalle del primer recibo del periodo Desde 25/01/2019 Hasta 25/01/2020

Prima Neta	I.P.S.	Otros Impuestos	Consortio	Total Recibo
166,88 €	0,00 €	0,25 €	0,56 €	167,69 €

Mod: CPAPC02



SVGGNR/2019/14325739/1

R.M. de Madrid, tomo 2.245, folio 179, hoja M-39662 - C.I.F. A 28013050

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

Condiciones Particulares y Especiales**Póliza nº 50226997/00000000**

DATOS DEL COLECTIVO ASEGURADO	
RIESGO	1
Nº DE CONVENIO	1
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN DEL CONVENIO	801065
NOMBRE DEL CONVENIO	01/01/11
ÁMBITO DEL CONVENIO	CONSTRUCCIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
ASEGURADOS (Nº DE EMPLEADOS AL ÚLTIMO TC2)	PROVINCIAL BARCELONA
Prima Total por Asegurado	4
	41,92 €

Mod: CPAPC03



SVGGNR/2019/14329739/1

R.M. de Madrid, tomo 2.245, folio 179, hoja M-39662 - C.I.F. A 28013050

COBERTURAS Y CAPITALS

Coberturas Contratadas	Capitales asegurados por asegurado
------------------------	------------------------------------

RIESGO 1:

* MUERTE POR ACCIDENTE LABORAL	47.000,00 €
* MUERTE POR ACCIDENTE NO LABORAL	1.800,00 €
* MUERTE POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	47.000,00 €
* MUERTE POR ENFERMEDAD COMÚN	1.800,00 €
* INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE LABORAL	28.000,00 €
* INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	28.000,00 €
* INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE LABORAL	47.000,00 €
* INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	47.000,00 €
* GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE LABORAL	47.000,00 €
* GRAN INVALIDEZ POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	47.000,00 €

CONDICIONES DEL SEGURO

ASEGURADOS EN BASE A TC2

Tendrán la consideración de Asegurados y por lo tanto incluidos en el presente seguro, todos los trabajadores que figuren en la nómina de la Empresa Tomadora del Seguro y resulten debidamente inscritos en el Régimen General de la Seguridad Social. A tal efecto el Tomador del Seguro facilitará a la Compañía, anualmente, una fotocopia del Boletín de Cotización al expresado Régimen de la Seguridad Social (Mod. TC-2) debidamente diligenciado.

Para los casos en que al ocurrir un siniestro, el trabajador afectado no figurase aún incluido en el Boletín de Cotización (Mod. TC-2) del mes anterior, por llevar menos de un mes en la Empresa, la citada Empresa Tomadora del Seguro deberá demostrar mediante los oportunos documentos oficiales (Parte de Alta y Mod. TC-2) anexo al Mod. TC-1, que el aludido trabajador había sido ya inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, surtiendo efecto el seguro desde el mismo día de su alta.

COMPROMISOS POR PENSIONES

De conformidad con el Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, por el que se publica el Reglamento sobre la Instrumentación de los Compromisos por Pensiones de las Empresas con los Trabajadores y Beneficiarios, se hace constar expresamente que el presente Contrato de Seguro instrumenta Compromisos por Pensiones y, por tanto, queda sujeto al régimen previsto en la Disposición Adicional Primera del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones y al propio RD 1588/1999.

Las obligaciones de la Entidad Aseguradora vienen determinadas exclusivamente por lo establecido en el Contrato de Seguro en cada momento, aunque existan divergencias entre la Póliza y el Convenio Colectivo, Reglamento de Previsión Social o disposición equivalente que, en su caso, regule los compromisos por pensiones asumidos por la Entidad Tomadora con sus trabajadores y/o personal pasivo. Lo dispuesto en el presente párrafo se entenderá sin perjuicio de la obligación del Tomador de adaptar, en su caso, las Condiciones del Contrato de Seguro a las modificaciones de los compromisos establecidas mediante acuerdo colectivo o disposición equivalente con posterioridad a la formalización del presente Contrato de Seguro.

REGULARIZACION ANUAL DE ASEGURADOS EN BASE A TC2

Habiéndose establecido la prima anual en función del número de asegurados al último TC2, se establece que el tomador del seguro deberá remitir a el Asegurador copia del TC2 de cada uno de los meses del periodo cubierto

Con esta información, el Asegurador procederá a regularizar el periodo vencido, mediante la siguiente formula:

- Sumatorio de los doce meses, calculando mes a mes el nº de Asegurados * Prima neta de cada asegurado / 12
- Del total del sumatorio se deducirá la prima neta de la anualidad
- Del resultado total, si la diferencia es positiva se emitirá el oportuno recibo de prima a favor de la Compañía y si es negativa un recibo de extorno a favor del Tomador del Seguro.

Asimismo, junto con esta regularización se procederá, si procede, a emitir recibo complementario para la anualidad siguiente.

11040 DELIMITACIÓN TEMPORAL DE LA COBERTURA

A efectos de determinar la fecha del hecho causante de la indemnización, así como el capital asegurado y la Compañía responsable, se tomará como fecha de siniestro aquella en la que se haya producido el accidente, con independencia de la fecha en la que se produzca la resolución del Organismo de la Seguridad Social o la Autoridad Laboral competente.

Si la causa del siniestro es una enfermedad común o profesional, y así ha sido declarado por los organismos públicos competentes, la fecha de siniestro será la fecha de efectos de la declaración de invalidez, en el ámbito de la Seguridad Social y, concretamente, la fecha del dictamen del Equipo de Valoración médica de Incapacidades o, en su caso, la fecha establecida por el Organismo Administrativo o Jurisdiccional competente en sus resoluciones o Sentencias.

DECLARACIÓN DEL TOMADOR

El Tomador del Seguro declara que, en el momento de formalizar la póliza, no se encuentra ninguna persona asegurada en situación de Incapacidad Temporal (Incapacidad Laboral Transitoria o Invalidez Provisional), derivada de accidente, o enfermedad común o profesional.

Salvo lo indicado anteriormente o en otras exclusiones, tendrán la consideración de asegurados, todas las personas que en cada momento estén dadas de alta como empleados del Tomador en la Seguridad Social.

El Tomador del Seguro acepta expresamente que la Compañía no se hará cargo de ningún siniestro que se derive de accidente o enfermedad cuya fecha de ocurrencia sea anterior a la fecha de efecto del presente Contrato.

PRIMA MÍNIMA

Se establece que, en ningún caso, la prima neta correspondiente a cada periodo de pago no podrá ser inferior a 40 euros. A esta prima se añadirán los impuestos y recargos legalmente repercutibles.

ACTUALIZACION DE CONVENIO

Estando la presente póliza sujeta al convenio que se indica, se hace constar que en caso de modificación de las coberturas y capitales del mismo, el Asegurador emitirá un suplemento para adecuar la póliza, aceptando expresamente el tomador del Seguro el recibo que se genere.

EL Asegurador procederá a la adecuación automática del contrato a lo que establezca en cada momento el Convenio Colectivo, siempre y cuando sea publicado en un medio oficial de comunicación y sus garantías no difieran de las establecidas como asegurables. Dicha adecuación generará la emisión del correspondiente suplemento de actualización de garantías y capitales, así como el oportuno recibo de primas.

ACCIDENTE LABORAL

Toda lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta del Tomador del Seguro y sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social o en caso de disconformidad a los órganos de jurisdicción del Orden Social a través de sentencia firme.

ACCIDENTE NO LABORAL

Todo el que se produzca tanto en el domicilio habitual del Asegurado como en cualquier otro lugar siempre y cuando no tenga la consideración de accidente laboral. A los efectos de este Contrato y de conformidad con el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro se entenderá por accidente extraprofesional: Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado. Asimismo se aceptarán como tal aquellas afecciones patológicas que se relacionen de forma próxima y directa con el accidente y que sean demostrables clínicamente.

COBERTURA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo del Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. B.O.E. de 29 de junio, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

ENFERMEDAD COMÚN

Caser garantiza el pago de la suma asegurada, que por esta cobertura figura en Condiciones Particulares, cuando se produzca cualquiera de las contingencias establecidas en la póliza que sean consecuencia de una enfermedad común.

Se entiende por enfermedad común la alteración de la salud que no tenga la condición de accidente no laboral, accidente de trabajo o enfermedad profesional.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Caser garantiza el pago de la suma asegurada establecida en Condiciones Particulares cuando se produzca la Invalidez Permanente Total del Asegurado que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, pudiendo dedicarse a otra distinta, siempre que dicha invalidez se declare en el transcurso de un año desde la fecha del siniestro.

A estos efectos, el riesgo de Invalidez Permanente Total solo se entenderá acaecido, previo reconocimiento de la misma mediante Resolución del Órgano Administrativo competente de la Seguridad Social o Resolución Judicial firme.

Al tener contratada esta cobertura, queda sin efecto la cláusula 1.2 de las Condiciones Generales, así como el baremo anexo a la póliza.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

El Asegurador garantiza el pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares cuando se produzca la Invalidez Permanente Absoluta del Asegurado, que le inhabilite por completo para toda profesión u oficio.

A estos efectos, el riesgo de Invalidez permanente absoluta solo se entenderá acaecido, previo reconocimiento de la misma mediante Resolución del Órgano Administrativo competente de la Seguridad Social o Resolución Judicial firme.

LIMITACION A LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL Y/O ABSOLUTA

En caso de accidente cubierto por la póliza y que afecte a la garantía de invalidez permanente parcial y/o absoluta, se reducirá la indemnización en el mismo porcentaje de invalidez que padeciera el asegurado con anterioridad a la fecha del accidente.

Quedando totalmente excluidos los accidentes producidos como consecuencia directa de dichas invalideces preexistentes.

COBERTURA DE GRAN INVALIDEZ

Caser garantiza el pago de la suma asegurada establecida en Condiciones Particulares cuando se produzca la Gran Invalidez del Asegurado, definida como la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida diaria (vestirse, desplazarse, comer o análogos).

A estos efectos, el riesgo de Gran Invalidez solo se entenderá acaecido, previo reconocimiento de la misma mediante Resolución del Órgano Administrativo competente de la Seguridad Social o Resolución Judicial firme.

En el supuesto de que la Gran Invalidez tenga identidad de causas y efectos con una Invalidez de grado inferior previamente declarada y objeto de indemnización por la presente póliza, el importe de la indemnización satisfecha por la Invalidez de grado inferior, minorará el importe de la prestación que corresponda por la Gran Invalidez.

Al tener contratada esta cobertura, queda sin efecto la cláusula 1.2 de las Condiciones Generales, así como el baremo anexo a la póliza.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, le comunicamos que los datos que Vd. nos proporcione serán tratados por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER- responsable del tratamiento la finalidad de formalizar y cumplir con el contrato de seguro o plan de pensiones, prevenir el fraude, así como elaborar perfiles y comunicaciones comerciales. La legitimación para el tratamiento de sus datos personales se encuentra en la celebración de un contrato o precontrato, en el cumplimiento de obligaciones legales y en el interés legítimo del responsable del tratamiento. Asimismo, le informamos que los destinatarios de sus datos personales serán, en su caso, las entidades reaseguradoras o coaseguradoras, sociedades del Grupo Caser, entidades para la prevención del fraude y las administraciones públicas. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad. Por otra parte le informamos de los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos. Dirección Postal: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid Correo Electrónico: dpogrupocaser@caser.es. Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: www.caser.es/proteccion-de-datos.

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el artículo 122 del RDOSEAR. Asimismo declara recibir y mostrar su conformidad con el contenido de las condiciones particulares, generales y especiales, en su caso, del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato.

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

Condiciones Particulares y Especiales
Póliza nº 50226997/00000000

En cumplimiento de la Ley 22/2010 de 20 de julio (Código de Consumo Catalán), tiene a su disposición el teléfono gratuito 900 123 114 para la atención **EXCLUSIVAMENTE de INCIDENCIAS y RECLAMACIONES** así como una oficina, situada en la C/ Balmes, 49 de Barcelona. Por contar con una regulación específica, la Compañía no está adherida al Sistema Arbitral de Consumo.

Mod: CPRC006 - D.C.: F0000872-A



R.M. de Madrid, tomo 2.245, folio 179, hoja M-39662 - C.I.F. A 28013050

Leído y conforme
EL TOMADOR DEL SEGURO

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
DIRECTOR GENERAL

I. Eyni.

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

Condiciones Particulares y Especiales

Póliza nº 50226997/00000000

DATOS DEL SEGURO				
Protocolo	Póliza	Póliza Reemplazada	Suplemento	Mediador
00000009/1	50226997/00000000			3699603
Nombre del Mediador JIB ASESORAMIENTO EN TODO TIPODE SEGUROS,S.L.				
Ramo	Modalidad	Fecha de Efecto (00 horas)	Fecha de Vencimiento (00 horas)	Fecha de Emisión
11	66	25/01/2019	25/01/2020	15/01/2019
Duración		ANUAL RENOVABLE	Forma de Pago	ANUAL

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO	
Tomador:	SOTECEN VIAL, S.L.
C.I.F.:	B66378134
Domicilio:	AVD PRINCIPAL 40
Localidad:	08181 SENTMENAT
Provincia:	BARCELONA
Domicilio de cobro:	ES0600810095370001152716

DETALLE DEL PRECIO

Coste total del periodo de seguro Desde 25/01/2019 Hasta 25/01/2020

Prima Neta	I.P.S.	Otros Impuestos	Consortio	Total Recibo
166,88 €	0,00 €	0,25 €	0,56 €	167,69 €

Detalle del primer recibo del periodo Desde 25/01/2019 Hasta 25/01/2020

Prima Neta	I.P.S.	Otros Impuestos	Consortio	Total Recibo
166,88 €	0,00 €	0,25 €	0,56 €	167,69 €

Mod: CPAPC02

R.M. de Madrid, tomo 2.245, folio 179, hoja M-39662 - C.I.F. A 28013050



SVGGNR/2019/14329739/1

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

Condiciones Particulares y Especiales

Póliza nº 50226997/00000000

DATOS DEL COLECTIVO ASEGURADO	
RIESGO	1
Nº DE CONVENIO	1
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN DEL CONVENIO	801065
NOMBRE DEL CONVENIO	01/01/11
ÁMBITO DEL CONVENIO	CONSTRUCCIÓN Y OBRAS PÚBLICAS
ASEGURADOS (Nº DE EMPLEADOS AL ÚLTIMO TC2)	PROVINCIAL BARCELONA
Prima Total por Asegurado	4
	41,92 €

Mod: CPAPC03



SVGGNR/2019/14329739/1

R.M. de Madrid, tomo 2.245, folio 179, hoja M-39662 - C.I.F. A 28013050

COBERTURAS Y CAPITALS

Coberturas Contratadas	Capitales asegurados por asegurado
------------------------	------------------------------------

RIESGO 1:

* MUERTE POR ACCIDENTE LABORAL	47.000,00 €
* MUERTE POR ACCIDENTE NO LABORAL	1.800,00 €
* MUERTE POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	47.000,00 €
* MUERTE POR ENFERMEDAD COMÚN	1.800,00 €
* INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE LABORAL	28.000,00 €
* INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	28.000,00 €
* INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE LABORAL	47.000,00 €
* INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	47.000,00 €
* GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE LABORAL	47.000,00 €
* GRAN INVALIDEZ POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	47.000,00 €

CONDICIONES DEL SEGURO

ASEGURADOS EN BASE A TC2

Tendrán la consideración de Asegurados y por lo tanto incluidos en el presente seguro, todos los trabajadores que figuren en la nómina de la Empresa Tomadora del Seguro y resulten debidamente inscritos en el Régimen General de la Seguridad Social. A tal efecto el Tomador del Seguro facilitará a la Compañía, anualmente, una fotocopia del Boletín de Cotización al expresado Régimen de la Seguridad Social (Mod. TC-2) debidamente diligenciado.

Para los casos en que al ocurrir un siniestro, el trabajador afectado no figurase aún incluido en el Boletín de Cotización (Mod. TC-2) del mes anterior, por llevar menos de un mes en la Empresa, la citada Empresa Tomadora del Seguro deberá demostrar mediante los oportunos documentos oficiales (Parte de Alta y Mod. TC-2) anexo al Mod. TC-1, que el aludido trabajador había sido ya inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, surtiendo efecto el seguro desde el mismo día de su alta.

COMPROMISOS POR PENSIONES

De conformidad con el Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, por el que se publica el Reglamento sobre la Instrumentación de los Compromisos por Pensiones de las Empresas con los Trabajadores y Beneficiarios, se hace constar expresamente que el presente Contrato de Seguro instrumenta Compromisos por Pensiones y, por tanto, queda sujeto al régimen previsto en la Disposición Adicional Primera del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones y al propio RD 1588/1999.

Las obligaciones de la Entidad Aseguradora vienen determinadas exclusivamente por lo establecido en el Contrato de Seguro en cada momento, aunque existan divergencias entre la Póliza y el Convenio Colectivo, Reglamento de Previsión Social o disposición equivalente que, en su caso, regule los compromisos por pensiones asumidos por la Entidad Tomadora con sus trabajadores y/o personal pasivo. Lo dispuesto en el presente párrafo se entenderá sin perjuicio de la obligación del Tomador de adaptar, en su caso, las Condiciones del Contrato de Seguro a las modificaciones de los compromisos establecidas mediante acuerdo colectivo o disposición equivalente con posterioridad a la formalización del presente Contrato de Seguro.

REGULARIZACION ANUAL DE ASEGURADOS EN BASE A TC2

Habiéndose establecido la prima anual en función del número de asegurados al último TC2, se establece que el tomador del seguro deberá remitir a el Asegurador copia del TC2 de cada uno de los meses del periodo cubierto

Con esta información, el Asegurador procederá a regularizar el periodo vencido, mediante la siguiente formula:

- Sumatorio de los doce meses, calculando mes a mes el nº de Asegurados * Prima neta de cada asegurado / 12
- Del total del sumatorio se deducirá la prima neta de la anualidad
- Del resultado total, si la diferencia es positiva se emitirá el oportuno recibo de prima a favor de la Compañía y si es negativa un recibo de extorno a favor del Tomador del Seguro.

Asimismo, junto con esta regularización se procederá, si procede, a emitir recibo complementario para la anualidad siguiente.

11040 DELIMITACIÓN TEMPORAL DE LA COBERTURA

A efectos de determinar la fecha del hecho causante de la indemnización, así como el capital asegurado y la Compañía responsable, se tomará como fecha de siniestro aquella en la que se haya producido el accidente, con independencia de la fecha en la que se produzca la resolución del Organismo de la Seguridad Social o la Autoridad Laboral competente.

Si la causa del siniestro es una enfermedad común o profesional, y así ha sido declarado por los organismos públicos competentes, la fecha de siniestro será la fecha de efectos de la declaración de invalidez, en el ámbito de la Seguridad Social y, concretamente, la fecha del dictamen del Equipo de Valoración médica de Incapacidades o, en su caso, la fecha establecida por el Organismo Administrativo o Jurisdiccional competente en sus resoluciones o Sentencias.

DECLARACIÓN DEL TOMADOR

El Tomador del Seguro declara que, en el momento de formalizar la póliza, no se encuentra ninguna persona asegurada en situación de Incapacidad Temporal (Incapacidad Laboral Transitoria o Invalidez Provisional), derivada de accidente, o enfermedad común o profesional.

Salvo lo indicado anteriormente o en otras exclusiones, tendrán la consideración de asegurados, todas las personas que en cada momento estén dadas de alta como empleados del Tomador en la Seguridad Social.

El Tomador del Seguro acepta expresamente que la Compañía no se hará cargo de ningún siniestro que se derive de accidente o enfermedad cuya fecha de ocurrencia sea anterior a la fecha de efecto del presente Contrato.

PRIMA MÍNIMA

Se establece que, en ningún caso, la prima neta correspondiente a cada periodo de pago no podrá ser inferior a 40 euros. A esta prima se añadirán los impuestos y recargos legalmente repercutibles.

ACTUALIZACION DE CONVENIO

Estando la presente póliza sujeta al convenio que se indica, se hace constar que en caso de modificación de las coberturas y capitales del mismo, el Asegurador emitirá un suplemento para adecuar la póliza, aceptando expresamente el tomador del Seguro el recibo que se genere.

EL Asegurador procederá a la adecuación automática del contrato a lo que establezca en cada momento el Convenio Colectivo, siempre y cuando sea publicado en un medio oficial de comunicación y sus garantías no difieran de las establecidas como asegurables. Dicha adecuación generará la emisión del correspondiente suplemento de actualización de garantías y capitales, así como el oportuno recibo de primas.

ACCIDENTE LABORAL

Toda lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta del Tomador del Seguro y sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social o en caso de disconformidad a los órganos de jurisdicción del Orden Social a través de sentencia firme.

ACCIDENTE NO LABORAL

Todo el que se produzca tanto en el domicilio habitual del Asegurado como en cualquier otro lugar siempre y cuando no tenga la consideración de accidente laboral. A los efectos de este Contrato y de conformidad con el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro se entenderá por accidente extraprofesional: Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado. Asimismo se aceptarán como tal aquellas afecciones patológicas que se relacionen de forma próxima y directa con el accidente y que sean demostrables clínicamente.

COBERTURA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo del Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. B.O.E. de 29 de junio, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

ENFERMEDAD COMÚN

Caser garantiza el pago de la suma asegurada, que por esta cobertura figura en Condiciones Particulares, cuando se produzca cualquiera de las contingencias establecidas en la póliza que sean consecuencia de una enfermedad común.

Se entiende por enfermedad común la alteración de la salud que no tenga la condición de accidente no laboral, accidente de trabajo o enfermedad profesional.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Caser garantiza el pago de la suma asegurada establecida en Condiciones Particulares cuando se produzca la Invalidez Permanente Total del Asegurado que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, pudiendo dedicarse a otra distinta, siempre que dicha invalidez se declare en el transcurso de un año desde la fecha del siniestro.

A estos efectos, el riesgo de Invalidez Permanente Total solo se entenderá acaecido, previo reconocimiento de la misma mediante Resolución del Órgano Administrativo competente de la Seguridad Social o Resolución Judicial firme.

Al tener contratada esta cobertura, queda sin efecto la cláusula 1.2 de las Condiciones Generales, así como el baremo anexo a la póliza.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

El Asegurador garantiza el pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares cuando se produzca la Invalidez Permanente Absoluta del Asegurado, que le inhabilite por completo para toda profesión u oficio.

A estos efectos, el riesgo de Invalidez permanente absoluta solo se entenderá acaecido, previo reconocimiento de la misma mediante Resolución del Órgano Administrativo competente de la Seguridad Social o Resolución Judicial firme.

LIMITACION A LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL Y/O ABSOLUTA

En caso de accidente cubierto por la póliza y que afecte a la garantía de invalidez permanente parcial y/o absoluta, se reducirá la indemnización en el mismo porcentaje de invalidez que padeciera el asegurado con anterioridad a la fecha del accidente.

Quedando totalmente excluidos los accidentes producidos como consecuencia directa de dichas invalideces preexistentes.

COBERTURA DE GRAN INVALIDEZ

Caser garantiza el pago de la suma asegurada establecida en Condiciones Particulares cuando se produzca la Gran Invalidez del Asegurado, definida como la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida diaria (vestirse, desplazarse, comer o análogos).

A estos efectos, el riesgo de Gran Invalidez solo se entenderá acaecido, previo reconocimiento de la misma mediante Resolución del Órgano Administrativo competente de la Seguridad Social o Resolución Judicial firme.

En el supuesto de que la Gran Invalidez tenga identidad de causas y efectos con una Invalidez de grado inferior previamente declarada y objeto de indemnización por la presente póliza, el importe de la indemnización satisfecha por la Invalidez de grado inferior, minorará el importe de la prestación que corresponda por la Gran Invalidez.

Al tener contratada esta cobertura, queda sin efecto la cláusula 1.2 de las Condiciones Generales, así como el baremo anexo a la póliza.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, le comunicamos que los datos que Vd. nos proporcione serán tratados por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER- responsable del tratamiento la finalidad de formalizar y cumplir con el contrato de seguro o plan de pensiones, prevenir el fraude, así como elaborar perfiles y comunicaciones comerciales. La legitimación para el tratamiento de sus datos personales se encuentra en la celebración de un contrato o precontrato, en el cumplimiento de obligaciones legales y en el interés legítimo del responsable del tratamiento. Asimismo, le informamos que los destinatarios de sus datos personales serán, en su caso, las entidades reaseguradoras o coaseguradoras, sociedades del Grupo Caser, entidades para la prevención del fraude y las administraciones públicas. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad. Por otra parte le informamos de los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos. Dirección Postal: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid Correo Electrónico: dpogrupocaser@caser.es. Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: www.caser.es/proteccion-de-datos.

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el artículo 122 del RDOSEAR. Asimismo declara recibir y mostrar su conformidad con el contenido de las condiciones particulares, generales y especiales, en su caso, del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato.

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

Condiciones Particulares y Especiales

Póliza nº 50226997/00000000

En cumplimiento de la Ley 22/2010 de 20 de julio (Código de Consumo Catalán), tiene a su disposición el teléfono gratuito 900 123 114 para la atención **EXCLUSIVAMENTE de INCIDENCIAS y RECLAMACIONES** así como una oficina, situada en la C/ Balmes, 49 de Barcelona. Por contar con una regulación específica, la Compañía no está adherida al Sistema Arbitral de Consumo.

Mod: CPRC006 - D.C.: F0000872-A



R.M. de Madrid, tomo 2.245, folio 179, hoja M-39662 - C.I.F. A 28013050

Leído y conforme
EL TOMADOR DEL SEGURO

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER -
DIRECTOR GENERAL

I. Eyni.

CONVENIO COLECTIVO

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

Condiciones Generales

CAJA DE SEGUROS REUNIDOS

Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-

Domicilio Social: Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid

www.Asegurador.es

Inscrita en Registro Mercantil de Madrid

Tomo 2245 general, Folio 179, Sección 8ª, Hoja M-39662, Inscripción A 435
C.I.F. A 28013050



De acuerdo con lo establecido en el Artículo 3º de la Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destacan en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015 de 14 julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su normativa de desarrollo.

La Autoridad a quien corresponde el control de la actividad es al Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

ÍNDICE

ARTICULO PRELIMINAR - <u>DEFINICIONES</u>.....	3
ARTÍCULO 1º - COBERTURAS BÁSICAS	11
ARTÍCULO 2º - RIESGOS EXCLUIDOS	12
ARTÍCULO 3º - PERSONAS NO ASEGURABLES	13
ARTÍCULO 4º - FORMALIZACIÓN DEL SEGURO	14
ARTÍCULO 5º - PERFECCIÓN Y EFECTO DEL SEGURO	14
ARTÍCULO 6º - DURACIÓN DEL SEGURO	15
ARTÍCULO 7º - MODIFICACIONES DEL RIESGO	15
ARTÍCULO 8º - COMO Y QUIEN PUEDE RESCINDIR LA PÓLIZA	16
ARTÍCULO 9º - SINIESTROS, OBLIGACIONES GENERALES	16
ARTÍCULO 10º - SINIESTROS, OTRAS OBLIGACIONES	17
ARTÍCULO 11º - SEGUIMIENTO DE LOS SINIESTROS	20
ARTÍCULO 12º - SINIESTROS. DETERMINACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN	20
ARTÍCULO 13º - NORMAS PARA DETERMINAR LA INDEMNIZACIÓN	20
ARTÍCULO 14º - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	21
ARTÍCULO 15º - COMUNICACIONES	21
ARTÍCULO 16º - SUBROGACIÓN	22
ARTÍCULO 17º - PRESCRIPCIÓN	22
ARTÍCULO 18º - ARBITRAJE	22
ARTÍCULO 19º - JURISDICCIÓN	22

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS
DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

SERVICIO DE DEFENSA AL ASEGURADO

CONDICIONES GENERALES

ARTICULO PRELIMINAR - DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

ENTIDAD ASEGURADORA: CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, en adelante "el Asegurador", quien asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza las prestaciones que a tal fin se fijen en esta póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden los derechos y las obligaciones que del mismo se deriven, excepto los que, por su naturaleza, correspondan a otras personas intervinientes en el seguro.

COLECTIVO ASEGURADO: El seguro de accidentes colectivo debe estar referido a un conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común ajena al propósito de asegurarse que, al cumplir las condiciones de adhesión requeridas, son Asegurados de la póliza y representados por el Tomador del Seguro.

Tendrán la consideración de Asegurados y por lo tanto incluidos en el presente seguro, todos los trabajadores que figuren en la nómina de la Empresa Tomadora del Seguro y resulten debidamente inscritos en el Régimen General de la Seguridad Social bajo el código de convenio declarado en las Condiciones Particulares y no se encuentren incluidos en ninguno de los supuestos excluidos en el art.4 de estas Condiciones Generales.

BENEFICIARIO: La persona física o jurídica que, previa designación por el Asegurado, resulta titular del derecho a la indemnización.

La designación puede hacerse en la póliza, en una posterior comunicación al Asegurador o, en testamento.

Para el caso de fallecimiento, el Asegurado puede designar beneficiario y modificar o revocar su designación, excepto si ha renunciado expresamente y por escrito a la facultad de revocación. Si el Asegurado no ha realizado tal designación, tendrán la consideración de Beneficiario, los que en riguroso orden de preferencia, a continuación se indican:

1º Su cónyuge no separado legalmente, o quién ostente dicha condición, 2º Hijos del Asegurado, 3º Herederos legales, 4º A quien en derecho corresponda.

Para las garantías de Invalidez el beneficiario será el propio Asegurado.

El Asegurador, pagará la indemnización de acuerdo con el orden de preferencia establecido en la designación de beneficiarios.

Si existen varios beneficiarios designados con el mismo orden de preferencia, las prestaciones aseguradas se distribuyen por partes iguales, o en proporción a la cuota hereditaria si la designación se hace en favor de los herederos. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

Si el fallecimiento del Asegurado es causado intencionadamente por su único beneficiario, la indemnización se integrará en el patrimonio del Asegurado. Si existiesen otros beneficiarios, conservarán su derecho a la indemnización.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, en las que se recogen los aspectos genéricos de funcionamiento de los seguros de accidentes emitidos por el Asegurador; y las Condiciones Particulares, que precisan el precio del seguro y cuantos detalles son necesarios para la personalización del contrato y para la delimitación y cuantificación de sus garantías.

También forman parte de la póliza la solicitud-cuestionario que sirve de base para la emisión y cuantos Suplementos o Apéndices se acuerden para su complemento o modificación.

PRIMA: El precio del seguro. El recibo de cobro contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

El precio se fija teniendo en cuenta las condiciones de la póliza, con todas sus coberturas, exclusiones y limitaciones y de acuerdo con el riesgo declarado por el Tomador del seguro.

CAPITAL ASEGURADO: El establecido en cada una de las coberturas de las Condiciones Particulares y cuyo importe es la cantidad máxima que, caso de producirse el siniestro, está obligada a pagar el Asegurador.

CONVENIO COLECTIVO: El Convenio Colectivo de Trabajo es un tipo característico de contrato celebrado entre un sindicato (o grupo de sindicatos) y uno o varios empleadores (o una organización o varias que representan a los empleadores).

El Convenio Colectivo de Trabajo regula todos los aspectos de la relación laboral (salarios, jornada, descansos, vacaciones, licencias, condiciones de trabajo, definición de las categorías profesionales), y determina las reglas para la relación entre los sindicatos y los empleadores (delegados representantes en los lugares de trabajo; información y consulta, cartelera sindical, licencias y permisos para los trabajadores y dirigentes sindicales, etc.)

Es un texto que obliga, pero que tiene la consideración de mínimo tanto para empresas como trabajadores, pudiendo mejorar ambos voluntariamente las condiciones reflejadas en el texto pactado.

OBJETO DEL SEGURO: El objeto del seguro es garantizar al Asegurado, o en su caso al Beneficiario, el pago del capital asegurado establecido en el Convenio Colectivo para el caso de que el Asegurado sufra un accidente y éste derive en alguna de las garantías cubiertas que se recogen el citado Convenio Colectivo.

No obstante, por acuerdo de ambas partes contratantes se podrán estipular variaciones o modificaciones sobre el convenio y por ello, el Asegurador únicamente responderá de las garantías y capitales que figuren específicamente en las Condiciones Particulares.

La cobertura de los riesgos tiene lugar en todo el mundo, excepto para la garantía de Incapacidad Temporal que sólo es otorgada mientras el Asegurado esté en territorio español.

Los gastos de Asistencia sanitaria en el extranjero se limitan a la cantidad expresamente pactada en Condiciones Particulares.

El Asegurador procederá a la adecuación automática del contrato a lo que establezca en cada momento el Convenio Colectivo, siempre y cuando sea publicado en un medio oficial de comunicación (BOE) y sus garantías no difieran de las establecidas como asegurables.

COMPROMISO POR PENSIONES: De conformidad con el Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, por el que se publica el Reglamento sobre la Instrumentación de los Compromisos por Pensiones de las Empresas con los Trabajadores y Beneficiarios, se hace constar expresamente que el presente Contrato de Seguro instrumenta Compromisos por Pensiones y, por tanto, queda sujeto al régimen previsto en la Disposición Adicional Primera del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones y al propio RD 1588/1999.

Las obligaciones de la Entidad Aseguradora vienen determinadas exclusivamente por lo establecido en el Contrato de Seguro en cada momento, aunque existan divergencias entre la Póliza y el Convenio Colectivo, Reglamento de Previsión Social o disposición equivalente que, en su caso, regule los compromisos por pensiones asumidos por la Entidad Tomadora con sus trabajadores y/o personal pasivo. Lo dispuesto en el presente párrafo se entenderá sin perjuicio de la obligación del Tomador de adaptar, en su caso, las Condiciones del Contrato de Seguro a las modificaciones de los compromisos establecidas mediante acuerdo colectivo o disposición equivalente con posterioridad a la formalización del presente Contrato de Seguro.

SINIESTRO: Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce unos daños garantizados en la póliza hasta determinada cuantía.

FECHA DEL SINIESTRO: A efectos de determinar la fecha del hecho causante de la indemnización, así como el capital asegurado y la Compañía responsable, se tomará como fecha de siniestro aquella en la que se haya producido el accidente, con independencia de la fecha en la que se produzca la resolución de la Autoridad Laboral competente.

Si la causa del siniestro es una enfermedad común o profesional, y así ha sido declarado por los organismos públicos competentes, la fecha de siniestro será la fecha de la declaración de invalidez en el ámbito de la Seguridad Social básica y, concretamente, la fecha del dictamen del equipo de valoración e incapacidades o, en su caso, la fecha establecida por el Organismo Oficial o Jurisdiccional competente en sus resoluciones o Sentencias.

LÍMITE POR PERÍODO DE SEGURO: Importe máximo de las prestaciones del Asegurador por todos los siniestros ocurridos durante el período convenido de seguro. Éste no podrá exceder del capital asegurado que se estipule en las Condiciones Particulares.

LÍMITE POR SINIESTRO: El límite máximo de indemnización a cargo del Asegurador por cada siniestro. Aun cuando, como consecuencia de un mismo hecho, resultasen afectadas diversas garantías de la póliza, no podrá exceder del capital asegurado reflejado en las Condiciones Particulares.

SUBLÍMITES: En el caso de que en las Condiciones Generales, Particulares o Especiales de la póliza se establezca algún sublímite, éste se entenderá que es parte integrante del límite de indemnización y no adicional al mismo.

ACCIDENTE: La lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

- ACCIDENTE LABORAL:

Toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena y sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social o, en caso de disconformidad, por los órganos de la jurisdicción del Orden Social a través de sentencia firme.

También se considera como accidente laboral el riesgo "in itinere".

- ACCIDENTE NO LABORAL:

Toda lesión corporal que se produzca tanto en el domicilio habitual del Asegurado como en cualquier otro lugar siempre y cuando no tenga la consideración de accidente laboral.

- ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:

Se entiende por accidente de circulación, aquel que sufra el Asegurado:

- Siendo conductor autorizado y legalmente habilitado u ocupante de plaza autorizada de cualquier vehículo terrestre de exclusivo uso particular, de dos o más ruedas y con motor o sin él, legalmente autorizado para circular por vías públicas.
- Viajando como pasajero de cualquier medio autorizado de transporte público de personas, sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo e incluyendo la subida, entrada embarque y la bajada, apeo o desembarque del medio utilizado.
- Circulando como peatón y ocasionado por cualquier vehículo terrestre, con o sin motor, incluidos los ferroviarios.

- TENDRÁN LA CONSIDERACIÓN DE ACCIDENTE:

Los hechos que seguidamente se relacionan, siempre y cuando sean involuntarios:

Los envenenamientos, la asfixia o las quemaduras producidas por la aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error, o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos, siempre que no se trate de productos alimenticios o medicamentos prescritos por el médico.

Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza, y siempre que quede fehacientemente demostrada la relación causa-efecto.

Las insolaciones, congestiones u otras influencias de la temperatura o de la presión atmosférica, si el Asegurado ha estado expuesto a ellas a consecuencias de un accidente cubierto por la póliza.

Los ocurridos en acciones de legítima defensa, así como los que sean consecuencia de actos para el salvamento de personas o bienes judicialmente apreciados una y otros.

Los sobrevenidos en situaciones de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o epileptiformes, enajenación mental, inconsciencia o sonambulismo, siempre que se desconozca la preexistencia de tales afecciones.

- NO SE CONSIDERAN ACCIDENTES:

Las enfermedades de cualquier naturaleza, salvo que este expresamente contratada la cobertura en Condiciones Particulares.

Cualquier patología que sea consecuencia de una sobrecarga, sobreesfuerzos o microtraumatismos repetidos.

Salvo que sea considerado accidente laboral por la Autoridad Laboral competente.

MUERTE: El Asegurador garantiza el pago de la suma asegurada establecida en Condiciones Particulares cuando, como consecuencia de un accidente cubierto, se produzca el fallecimiento instantáneo del Asegurado o que sobrevenga dentro del plazo de un año, desde la fecha del siniestro, por la evolución de las lesiones sufridas.

Para los menores de 14 años de edad o incapacitados, la prestación por fallecimiento se refiere exclusivamente a los gastos de sepelio justificados, que en ningún caso podrán exceder de la suma asegurada para esta cobertura.

El importe de las indemnizaciones satisfechas por invalidez permanente, se deduce de las indemnizaciones a satisfacer por fallecimiento debido al mismo siniestro.

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL: Se entiende por Invalidez permanente parcial, la pérdida anatómica o funcional con carácter irreversible de cualquier órgano o miembro, sobrevenida a consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente o enfermedad.

La situación de incapacidad permanente parcial será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución del organismo laboral competente.

La forma de aplicación de dicha cobertura será, en primer lugar, el Baremo específico que tenga el propio Convenio. En el caso de no existir, será de aplicación el Baremo determinado en las Condiciones Particulares.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL: Es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

La situación de incapacidad permanente total será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución del organismo laboral competente.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA: Es aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

La situación de invalidez permanente absoluta será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución del organismo laboral competente.

GRAN INVALIDEZ: Es la situación del trabajador afecto de invalidez permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

La situación de gran invalidez será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante la oportuna resolución del organismo laboral competente.

La Gran Invalidez, Invalidez Parmanente Absoluta, Invalidez Permanente Total o Invalidez Permanente Parcial consecuencia de accidente laboral o enfermedad profesional, será la que determine, en su modalidad y grado, la Unidad de Valoración Medica de Incapacidades de la Seguridad Social.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal, las debidas a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo.

La indemnización diaria se pagará hasta que se produzca el alta médica por el facultativo del Servicio Público de Salud y como máximo trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha del accidente. La suma asegurada se abonará por meses vencidos, previa presentación del parte médico por el que se confirme la baja laboral del lesionado.

En todo caso, el plazo máximo de indemnización será de trescientos sesenta y cinco días, aún en el caso de que al Asegurado se le prorrogue dicha Invalidez Temporal por el facultativo que corresponda.

Esta garantía podrá tener una franquicia establecida en las Condiciones Particulares. Dicha franquicia será aplicable a cada siniestro que ocurra, calculándose el montante de la indemnización a partir del día siguiente al de la expiración de la franquicia. Las invalideces de duración inferior a la franquicia estipulada no darán derecho a indemnización.

MUERTE NATURAL: Es el fallecimiento del Asegurado no debido a un accidente ni a una enfermedad profesional.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Aquella que se adquiere a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y así sea dictaminada por la Autoridad Laboral competente.

ENFERMEDAD COMÚN: Toda alteración del estado de salud no derivada de accidente ni de enfermedad profesional.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.

TRASLADO DE CADÁVER: En el caso de defunción del Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por las coberturas de la póliza, y hasta el límite de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, el Asegurador reembolsará, a sus herederos legítimos o a los beneficiarios de la póliza, los gastos en que hayan incurrido como consecuencia del transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito fuera de su residencia habitual, hasta el lugar designado por la familia para su inhumación en España.

GASTOS DE SEPELIO: En el caso de defunción del Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por las coberturas de la póliza, y hasta el límite de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, el Asegurador reembolsará, a sus herederos legítimos o a los beneficiarios de la póliza, los gastos de tratamiento post-mortem y acondicionamiento del cadáver (tales como embalsamamiento y ataúd especial para el traslado), conforme a los requisitos legales, además del coste del ataúd habitual así como de los gastos de inhumación y de ceremonia.

ASISTENCIA SANITARIA: Mediante la presente cobertura y siempre que la causa de la lesión sea por un accidente, el Asegurador reembolsará al Asegurado los gastos ocasionados por la asistencia sanitaria prestada en centros médicos autorizados por las Autoridades Sanitarias. Dicha cobertura tendrá como límite máximo el establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Quedarán excluidos en todo caso de la cobertura los gastos de cualquiera prótesis que puedan ser precisas como consecuencia del accidente o de las intervenciones que hayan de realizarse.

INFARTO: Lesión que sobreviene al Asegurado derivada de isquemia coronaria y que produce necrosis miocárdica. A tal fin el Asegurado deberá presentar alteración electrocardiográfica significativa de infarto y analítica con incremento de encimas miocárdicas.

RIESGO "IN ITINERE": Es el accidente que sufre el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo al domicilio habitual, siempre y cuando cumplan las siguientes características:

Que ocurra en el camino de ida o vuelta.

Que no se produzcan interrupciones por tareas no habituales en el desplazamiento entre el lugar de trabajo y el lugar del accidente.

Que se emplee el itinerario habitual.

El accidente ocurra en tiempo inmediato o próximo a la hora de entrada o salida del lugar del trabajo.

CENTRO HOSPITALARIO: Establecimiento público o privado, Hospital, Centro sanitario o Clínica, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, con los medios materiales y personales necesarios para hacer diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

No se consideran Centros Hospitalarios: Los balnearios, casas de reposo, asilos o similares.

Mod: CGPPA01



SVGGNR/2019/14329739/1

ARTÍCULO 1º - COBERTURAS BÁSICAS

Se consideran coberturas básicas, aquellas que, en función del convenio colectivo, son susceptibles de contratarse:

COBERTURAS DE MUERTE:

Muerte por accidente laboral.
Muerte por accidente no laboral.
Muerte por enfermedad profesional.
Muerte por enfermedad común.
Muerte por infarto de miocardio.
Muerte por accidente de circulación (capital adicional).
Muerte natural.

COBERTURAS DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL:

Invalidez permanente parcial por accidente laboral.
Invalidez permanente parcial por accidente no laboral.
Invalidez permanente parcial por enfermedad profesional.
Invalidez permanente parcial por enfermedad común.
Invalidez permanente parcial por infarto de miocardio.
Invalidez permanente parcial por accidente de circulación (capital adicional).
Invalidez permanente parcial por causa natural.

COBERTURAS DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:

Invalidez permanente total por accidente laboral.
Invalidez permanente total por accidente no laboral.
Invalidez permanente total por enfermedad profesional.
Invalidez permanente total por enfermedad común.
Invalidez permanente total por infarto de miocardio.
Invalidez permanente total por accidente de circulación (capital adicional).
Invalidez permanente total por causa natural.

COBERTURAS DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA:

- Invalidez permanente absoluta por accidente laboral.
- Invalidez permanente absoluta por accidente no laboral.
- Invalidez permanente absoluta por enfermedad profesional.
- Invalidez permanente absoluta por enfermedad común.
- Invalidez permanente absoluta por infarto de miocardio.
- Invalidez permanente absoluta por accidente de circulación (capital adicional).
- Invalidez permanente absoluta por causa natural.

COBERTURAS DE GRAN INVALIDEZ:

- Gran invalidez por accidente laboral.
- Gran invalidez por accidente no laboral.
- Gran invalidez por enfermedad profesional.
- Gran invalidez por enfermedad común.
- Gran invalidez por infarto de miocardio.
- Gran invalidez por accidente de circulación (capital adicional).

- Gran invalidez por causa natural.

COBERTURAS DE INVALIDEZ TEMPORAL (indemnización por baja diaria):

- Invalidez temporal a consecuencia de accidente laboral.
- Invalidez temporal a consecuencia de accidente no laboral.

COBERTURAS DE GASTOS:

- Gastos de asistencia sanitaria.
- Gastos de traslado de cadáver.
- Gastos de sepelio.

ARTÍCULO 2º — RIESGOS EXCLUIDOS

2.1. Con carácter general, el Asegurador no garantizará los accidentes o lesiones, ni sus consecuencias:

- a) Acaecidos antes de la fecha de efecto de la póliza, aún cuando se manifiesten durante su vigencia, ni las manifestadas después de transcurridos 365 días de la fecha del siniestro.
- b) Los daños por hechos o fenómenos que se encuentren cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, según la Legislación vigente en cada momento.

2.2. Quedan excluidos los siniestros que sean consecuencia o se deriven de:

- a) Los provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios de la Póliza. De existir varios beneficiarios, los no intervinientes conservarán íntegro su derecho a la totalidad del capital asegurado.
- b) Imprudencia temeraria, negligencia grave y/o participación del Asegurado en apuestas, desafíos, duelos, riñas o actos delictivos, salvo lo indicado en la letra e) del apartado Consideración de Accidente del Art. PRELIMINAR.
- c) La práctica profesional de cualquier deporte. Así como la práctica, en calidad de aficionado de: deportes acuáticos a más de 3 km., de la orilla o costa; Submarinismo a más de 20 metros; Actividades aéreas y paracaidismo; Automovilismo, motociclismo, competiciones de velocidad; Escalada, alpinismo de alta montaña y espeleología; Equitación y polo; Boxeo, lucha y artes marciales; Patinaje y hockey sobre hielo, y esquí; Caza mayor fuera de España; Toreo y encierro de reses bravas; así como cualquier otro deporte o actividad cuyo riesgo pueda considerarse similar a los citados.
- d) La conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente.
- e) Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas.
- f) Lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no hayan sido motivados por un accidente cubierto.
- g) Reacción o radiación nuclear y contaminación radiactiva, excepto las consecuencias de tratamientos aplicados al Asegurado por un accidente cubierto.

- h) El rescate de personas en montañas, mares, selvas o desiertos. Las insolaciones, congelaciones y otras consecuencias de la acción del clima que no hayan sido motivadas por un accidente cubierto.
- i) Los accidentes sufridos por el Asegurado que se encuentre en estado de embriaguez, esto es, cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa vigente en el momento del accidente o bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes.
- j) Las consecuencias directas o indirectas, producidas por el virus VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
- k) Las lesiones corporales derivadas de un accidente cubierto por la póliza que no se hubiera manifestado ni estuviera acreditado dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente.
- l) Las lesiones que se produzcan a consecuencia de una enfermedad, afecciones cerebro-vasculares, epilepsia, enajenación mental, síncope.
- m) El infarto, salvo que sea declarado como accidente laboral por la autoridad laboral competente. Para poder ser indemnizado como consecuencia de un infarto de miocardio se requiere que éste haya sido la causa única e inmediata del fallecimiento o de la invalidez.
- n) La miopía magna.
- o) En caso de agravarse las consecuencias de un accidente, por una enfermedad o estado morbozo preexistente o sobrevenido después de ocurrido aquél, pero por causa independiente del mismo, el Asegurador responde sólo de las consecuencias que el accidente hubiera tenido sin la influencia agravante de tal enfermedad o estado morbozo. Si no fuera posible determinar el grado de incidencias que las lesiones o estados patológicos preexistentes han tenido en la producción de las secuelas, se entenderá que han ocurrido al 50% con el accidente.

2.3. En ningún caso serán objeto de cobertura, aunque deriven de un accidente cubierto, las hernias de cualquier clase, las lumbalgias, cervicalgias y dorsalgias de cualquier etiología, las varices, los aneurismas; los accidentes cerebrovasculares salvo que sean consecuencia directa de un accidente cubierto en póliza, y todas las algias cuya causa no pueda ser objetivada por los medios de diagnóstico habituales.

ARTÍCULO 3º — PERSONAS NO ASEGURABLES

3.1. Salvo pacto expreso en contrario, no son asegurables y hará, por tanto, el seguro nulo de pleno derecho:

- a) Las personas aquejadas de enajenación mental, alcoholismo y las que hayan sufrido ataques de "deliriums tremens".
- b) Las personas menores de 16 años y para las personas cuya edad en la toma de efecto del seguro sea superior a la edad legal de jubilación vigente.

3.2. Salvo pacto en contrario, al finalizar cada periodo de seguro, causaran baja como asegurados aquellos que durante el mismo hayan cumplido los 70 años de edad. Será el tomador quien asuma la obligación de comunicar al Asegurador dichas bajas.

- 3.3. Las personas que a la fecha de efecto de la póliza, se encuentren en situación de incapacidad temporal, o tramitando la solicitud de declaración ante cualquier organismo u órgano de la Seguridad social o, en su caso, ante el órgano de la comunidad autónoma que resulte competente, de la situación de Invalidez permanente parcial para la profesión habitual, de Invalidez permanente Total para la profesión habitual o de Invalidez permanente Absoluta para todo trabajo o de Gran Invalidez.**

ARTÍCULO 4º — FORMALIZACIÓN DEL SEGURO

- 4.1. El contrato se basa en las declaraciones del Tomador del seguro y del Asegurado contenidas en la solicitud del seguro facilitada por Asegurador, así como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, puedan ser efectuadas por aquellos.
- 4.2. Las declaraciones inexactas suponen la modificación de las condiciones de la póliza, de acuerdo con las circunstancias conocidas por Asegurador en cada momento.
- 4.3. Si el contenido de la póliza difiere de las condiciones acordadas, el Tomador dispone de un mes, desde la entrega de la póliza, para reclamar al Asegurador que subsane las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTÍCULO 5º — PERFECCIÓN Y EFECTO DEL SEGURO

- 5.1. El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por las partes en la suscripción de la póliza, **teniendo el seguro efecto una vez firmada la misma y siempre que el Tomador haya satisfecho la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, si esta primera prima no ha sido satisfecha antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberada de sus obligaciones.**

En caso de impago de la primera prima, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima en vía Ejecutiva con base en la póliza. Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca un siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación.

- 5.2. Las primas de las anualidades sucesivas se satisfarán en la forma y condiciones pactadas. En caso de impago, la cobertura del contrato quedará suspendida un mes después del día de vencimiento de la póliza (plazo de gracia) y el contrato extinguido si el Asegurador no reclama su importe dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima.
- 5.3. Suspendida la cobertura, si el contrato no es resuelto o extinguido conforme al apartado anterior, la misma volverá a tener efecto a las 00 horas del día siguiente a aquél en que el Tomador pague la prima.
- 5.4. El fraccionamiento del pago de la prima, si se ha convenido, no modifica la naturaleza indivisible de la misma, por lo que el Tomador está obligado a pagar la totalidad de los recibos correspondientes a la anualidad. En caso de siniestro, el Asegurador puede deducir de la indemnización a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.

- 5.5. En caso de domiciliación bancaria de los recibos, la prima se entenderá pagada salvo que, intentado su cobro durante el plazo de gracia, no existan fondos suficientes por cualquier causa en la cuenta designada.

En este caso, Asegurador se lo comunicará al Tomador y éste debe hacer efectiva la prima en el domicilio que designe el Asegurador.

ARTÍCULO 6º – DURACIÓN DEL SEGURO

- 6.1. La duración del seguro será la establecida en las Condiciones Particulares.
- 6.2. Los seguros de duración anual, una vez transcurrido el periodo de cobertura, se entenderán prorrogados por un año más y así sucesivamente. No obstante, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, **un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso** cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, **y de dos meses cuando sea el Asegurador.**

ARTÍCULO 7º – MODIFICACIONES DEL RIESGO

- 7.1. Durante la vigencia del contrato, el Tomador debe comunicar al Asegurador, en el más breve plazo posible, las circunstancias que impliquen una modificación del riesgo o cualquier otra circunstancia a la que se haya hecho mención para la contratación de la póliza.

Cuando tales circunstancias impliquen una agravación del riesgo declarado en la solicitud/cuestionario, el Asegurador, en el plazo de dos meses desde la recepción de la comunicación de la agravación o en el plazo de un mes a partir del conocimiento de la inexactitud en el cuestionario inicial, puede proponer una modificación de las condiciones del contrato. El Tomador del seguro dispondrá de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla.

En caso de rechazo, o de silencio, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador.

- 7.2. El Asegurador puede, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo al Asegurado dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.
- 7.3. La no comunicación a tiempo de una agravación de riesgo puede dar lugar a una reducción de la indemnización. Si el Tomador del seguro o el Asegurado no hacen la comunicación por dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado de la obligación de efectuar la prestación correspondiente.
- 7.4. El Asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.
- 7.5. Si las nuevas circunstancias dieran lugar a una disminución del riesgo, el Asegurador reducirá el importe de la prima de la siguiente anualidad en la proporción correspondiente. En caso contrario, el Tomador podrá optar por la rescisión del contrato y la devolución de la parte de prima no consumida desde la comunicación.
- 7.6. Asimismo, el Tomador del seguro deberá comunicar al Asegurador las variaciones en la composición del colectivo asegurado que puedan consistir en Altas, por la solicitud de inclusión en el seguro de nuevos integrantes del Grupo Asegurable, o en Bajas, por la pérdida de las características definidoras de la condición de Asegurado.

ARTÍCULO 8º – COMO Y QUIEN PUEDE RESCINDIR LA PÓLIZA

- 8.1. El Tomador del seguro y el Asegurador, conforme con lo estipulado en el Artículo 7.
- 8.2. El Tomador del seguro y el Asegurador, de mutuo acuerdo, después de cada comunicación de siniestro, aunque no de lugar a pago de indemnización.
- 8.3. Cuando la resolución del contrato haya sido instada por el Asegurador, este devolverá la parte de prima cobrada que medie entre la fecha de anulación y el vencimiento del período en curso, salvo que la resolución se deba a dolo o culpa grave del Tomador del seguro o del Asegurado, en cuyo caso el Asegurador hará suya la prima del periodo en curso.
- 8.4. Cuando la resolución del contrato haya sido instada por el Tomador del seguro, no procederá devolución de prima alguna.

ARTÍCULO 9º – SINIESTROS, OBLIGACIONES GENERALES

En caso de siniestro el Tomador, el Asegurado, o el Beneficiario, deberán:

- 9.1. Emplear los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado, minorando las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta el grado de culpa y la importancia de los daños.
- 9.2. Comunicarlo al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, con indicación de:
 - Número de póliza.
 - Tipo de siniestro acaecido.
 - Fecha y hora del siniestro
 - Causas conocidas y presumidas.
 - Medios adoptados para minorar las consecuencias.
- 9.3. Facilitar por escrito al Asegurador, dentro del plazo máximo de cinco días a partir de la notificación del siniestro, toda clase de circunstancias y consecuencias del mismo. En caso de violación de este deber, el rehúse del siniestro sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario o que se hubiese realizado con intención de defraudar al Asegurador.
- 9.4. En caso de existir varios aseguradores, esta comunicación deberá hacerse a cada uno de ellos, con indicación del nombre de los demás. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios causados.

ARTÍCULO 10º — SINIESTROS, OTRAS OBLIGACIONES

Para, en su caso, poder proceder al cobro de la indemnización, el Asegurado o los beneficiarios, si los hubiera, deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

- 10.1. Para la cobertura de Fallecimiento:
 - Historial médico completo del hospital o centro médico que hubiese asistido al Asegurado, en el que conste el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causante de la muerte. En caso de no haber sido atendido en hospital o centro médico se aportará historial médico emitido por el médico de cabecera o, en su caso, por el último médico que le hubiere asistido.
 - Si las circunstancias en la que se produjo el accidente lo requieren, el beneficiario deberá aportar resultado completo del informe de autopsia, informe de toxicología, atestado policial y diligencias judiciales, si los hubiere.
 - En caso de fallecimiento por accidente de trabajo, se aportará copia del parte de Accidente de trabajo y resolución de la autoridad laboral competente por la que se reconozca la naturaleza laboral del evento, o en su caso, sentencia Judicial firme que lo acredite.
 - Certificado literal de defunción librado por el Registro Civil.
 - Certificado médico de defunción.
 - Documentos que acrediten la personalidad y en su caso, la condición de Beneficiario.
 - Copia del libro de familia de los beneficiarios.

- Nombramiento del tutor, en caso de ser menor el beneficiario.
- Carta de exención de Impuesto sobre Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda, que acredite la declaración del capital de la póliza contratada.
- Documento que acredite la liquidación, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones o Donaciones. Con este fin, el Asegurador emitirá el correspondiente certificado para el pago de impuestos.
- Certificado del Registro General de Actos de últimas voluntades y, si existiera testamento, copia simple del último testamento válido y Certificación del Albacea, respecto si en el mismo se designan beneficiarios del seguro. Si no existe testamento deberá presentarse el Auto de declaración de Herederos Abintestato dictado por el Juzgado competente.
- TC2 de la empresa donde era empleado el trabajador, del mes en que ocurrió el accidente.
- Para los casos en que al ocurrir un siniestro, el trabajador afectado no figurase aún incluido en el Boletín de Cotización (Mod. TC-1) del mes anterior, por llevar menos de un mes en la Empresa, la citada Empresa Tomadora del Seguro deberá demostrar mediante los oportunos documentos oficiales (Parte de Alta y Mod. TC-2) anexo al Mod. TC-1, que el aludido trabajador había sido ya inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, surtiendo efecto el seguro desde el mismo día de su alta.

10.2. Para la Invalidez Permanente Parcial, Invalidez Permanente Absoluta, Invalidez Permanente Total coberturas de Invalidez y Gran Invalidez:

- Historial médico completo del hospital o centro médico que hubiese asistido al Asegurado, en el que conste el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causante de la invalidez. En caso de no haber sido atendido en hospital o centro médico se aportará historial médico emitido por el médico de cabecera o, en su caso, por el último médico que le hubiere asistido.
- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de primera asistencia que acrediten las lesiones, la fecha en que se produjo el accidente y los posibles antecedentes médicos.
- Dictamen propuesta del equipo de valoración de incapacidades (EVI) de la Seguridad social.
- Informe médico de síntesis o Informe médico de evaluación, emitido por el médico inspector de la Seguridad Social.
- TC2 de la empresa donde era empleado el trabajador, del mes en que ocurrió el accidente.
- Para los casos en que al ocurrir un siniestro, el trabajador afectado no figurase aún incluido en el Boletín de Cotización (Mod. TC-1) del mes anterior, por llevar menos de un mes en la Empresa, la citada Empresa Tomadora del Seguro deberá demostrar mediante los oportunos documentos oficiales (Parte de Alta y Mod. TC-2) anexo al Mod. TC-1, que el aludido trabajador había sido ya inscrito en el Régimen de la Seguridad Social, surtiendo efecto el seguro desde el mismo día de su alta.

Mod: CGPPA01



- Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal
- En caso de existir, resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad social o sentencia firme que reconozca que las lesiones suponen que el Asegurado se encuentra en situación de incapacidad según el régimen correspondiente de la Seguridad social.
- A efectos de acreditar la firmeza de la sentencia será necesario que se aporte, además de la sentencia que resuelve, certificado literal del juzgado de lo social en el que expresamente se diga que la sentencia es firme o notificación de la firmeza de la sentencia de oficio por el juzgado.
- Copia del certificado de seguro

10.3. En el caso de Invalidez Temporal:

- Los documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de primera asistencia que acredite el estado de invalidez temporal, la fecha en que se produjo el accidente causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
- Informes médicos donde conste evolución posterior, pruebas complementarias realizadas y resultados, tratamientos requeridos y posibles antecedentes médicos.
- Envío cada 30 días, y mientras no se produzca el alta definitiva, de certificados médicos sobre el curso de las lesiones.
- Partes de baja, continuidad y alta del organismo laboral competente.
- Declaración escrita de forma de ocurrencia del accidente.
- TC2 de la empresa donde era empleado el trabajador, del mes en que ocurrió el accidente

10.4. En el caso de Asistencia Sanitaria:

- Los documentos que acrediten la personalidad así como el Número de Identificación Fiscal.
- Informe con la fecha en que se produjo el accidente que las motivó, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
- Informe de primera asistencia, en relación con el accidente que de lugar a la asistencia sanitaria.
- Informes médicos donde conste evolución posterior, pruebas complementarias realizadas y resultados, tratamientos requeridos y posibles antecedentes médicos.
- Facturas justificativas, en su caso de los gastos médicos farmacéuticos incurridos y la prescripción médica que originen los mismos.
- Partes de alta, continuidad y baja que determinen la asistencia.
- Si procede, certificado de la mutua de accidentes de trabajo u organismo competente que justifique que el accidente ocurrió durante el desarrollo de la actividad definida en Condiciones Particulares.

Para todas las garantías anteriores el Asegurador podrá solicitar cualquier otro documento que estime oportuno para la correcta determinación del siniestro o de la indemnización.

ARTÍCULO 11º — SEGUIMIENTO DE LOS SINIESTROS

El Asegurador podrá designar a un médico para que, a la vista de la información aportada y/o las visitas correspondientes al Asegurado ya sea en consulta, en el domicilio del propio Asegurado, o en el Centro Hospitalario donde se encuentre ingresado, verifiquen la entidad de las patologías que presenta, la evolución de las mismas, las pruebas complementarias que le hayan sido realizadas y los tratamientos recibidos.

La oposición por parte del Asegurado o de sus familiares a estas inspecciones da lugar al cese del cobro de las indemnizaciones.

En todo caso, el Asegurador puede dar por concluido el siniestro, a efectos del pago de las indemnizaciones, cuando a juicio del médico por él designado se pretendiera la prolongación artificiosa del mismo ó se entienda que la situación clínica es compatible con el desarrollo de su actividad laboral.

ARTÍCULO 12º — SINIESTROS. DETERMINACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

- 12.1. La determinación de la indemnización se realizará por acuerdo entre las partes.
- 12.2. Si no se lograra el acuerdo dentro de los cuarenta días a partir de la fecha de declaración del siniestro, cada parte podrá designar un perito médico para que emitan un dictamen conjunto, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiese designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito médico de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

En el caso de que estos peritos no llegasen a un acuerdo, las partes deberán, de conformidad, designar un tercer perito médico y de no existir tal designación ésta se hará por el Juez de 1ª Instancia.

- 12.3. Cada parte satisfará los honorarios de su perito médico. Los del perito médico tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán por cuenta y mitad entre Asegurado y Asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

ARTÍCULO 13º — NORMAS PARA DETERMINAR LA INDEMNIZACIÓN

Para determinar la cuantía de la indemnización se tendrán en cuenta las siguientes normas:

- 13.1. El capital asegurado, para cada una de las coberturas, representa el límite máximo de indemnización a pagar por Asegurador en cada siniestro.
- 13.2. Las valoraciones y consideraciones de las prestaciones del seguro están sometidas a la normativa de este contrato, no siendo vinculantes otras normas de carácter laboral o social.
- 13.3. Para Invalidez Permanente, el grado de invalidez se determinará después de la presentación, por parte del interesado, del certificado médico establecido en el Artículo 11.2.

- 13.4. Para Asistencia Sanitaria, la cuantía de la indemnización se determinará por los gastos realmente incurridos por el Asegurado, de acuerdo con las facturas aportadas.

ARTÍCULO 14º — PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

- 14.1. Cobertura de fallecimiento. El Asegurador satisfará la indemnización cuando haya recibido y analizado la documentación requerida en el Art. 11 apartado 1.
- 14.2. Coberturas de Invalidez Permanente e Invalidez Temporal. El Asegurador efectuará el pago de la indemnización en el plazo de 15 días contados desde:
- La entrega de la documentación requerida en el Art. 11 apartados 2 y 3, si existe acuerdo en la graduación de la invalidez.
 - El acuerdo pericial o sentencia del Juez de 1ª Instancia, en virtud del Art. 13 apartado 2, si no ha existido acuerdo sobre la graduación de la invalidez.
- 14.3. Cobertura de Asistencia Sanitaria. El pago de los gastos se efectuará en el plazo de 15 días desde la recepción por El Asegurador de la documentación establecida en el Art. 11 apartado 4.
- 14.4. En cualquiera de los casos, El Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días siguientes a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.
- 14.5. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiera indemnizado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se verá incrementada con el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por ciento; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual será del 20 por ciento.
- 14.6. **Regla de equidad.** Cuando las circunstancias del estado de salud, edad y profesión u ocupación habitual del Asegurado, sean distintas a las conocidas por El Asegurador (por inexactitud en las declaraciones del Tomador o por agravación posterior del riesgo sin comunicación al Asegurador), la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido dichas circunstancias.

ARTÍCULO 15º — COMUNICACIONES

- 15.1. Las comunicaciones al Asegurador se realizarán en el domicilio de éste que se señala en la póliza.
- 15.2. Las comunicaciones y pago de las primas que se realicen en las delegaciones, sucursales u oficinas del Asegurador o al Agente mediador del contrato, surten los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.
- 15.3. Las comunicaciones efectuadas por el Corredor de seguros que medie en el contrato a Asegurador en nombre del Tomador del seguro, surten los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del seguro, salvo indicación en contrario de éste.
- 15.4. Las comunicaciones al Tomador del seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio del Tomador que conste en la póliza.
- 15.5. Las comunicaciones que efectúen el Asegurado o el Beneficiario al Asegurador deben realizarse a través del Tomador del Seguro.

15.6. El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deben ser formalizados por escrito.

ARTÍCULO 16º — SUBROGACIÓN

En virtud de la garantía de Asistencia Sanitaria, el Asegurador podrá subrogarse en los derechos y acciones del Asegurado frente a terceros responsables del siniestro, por el importe de las prestaciones satisfechas.

ARTÍCULO 17º — PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se derivan del presente contrato, prescribirán en el término de cinco años a contar desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

ARTÍCULO 18º — ARBITRAJE

Si las partes estuviesen conformes, podrán someter sus divergencias respecto a la interpretación y cumplimiento de la póliza al juicio de árbitros, de conformidad con la legislación vigente.

ARTÍCULO 19º — JURISDICCIÓN

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado en España.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o

actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.**
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1. a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.**
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.**
- g) Los causados por mala fe del asegurado.**
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.**
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».**

3. Extensión de la cobertura.

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión

matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

– mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665)

– a través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es)

3. Valoración de los daños:

La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización:

El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

SERVICIO DE DEFENSA DEL ASEGURADO

1. CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER) pone a disposición de sus clientes su Servicio de Defensa del Asegurado (Quejas y Reclamaciones) en Avenida de Burgos, nº 109, 28050 Madrid, y en la dirección de correo electrónico *defensa-asegurado@caser.es*.

2. Dicho Servicio atenderá y resolverá conforme a la normativa vigente, en el plazo máximo de dos meses desde su presentación, las quejas y reclamaciones planteadas, directamente o mediante representación acreditada, por todas las personas físicas o jurídicas, usuarios de seguros y partícipes o beneficiarios de planes de pensiones de empleo y asociados de CASER, cuando las mismas se refieran a sus intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros y planes de pensiones, ya deriven de los propios contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos, en particular del principio de equidad.

La presentación del escrito de queja o reclamación podrá realizarse, personalmente o mediante representación acreditada, en cualquier oficina de la Entidad abierta al público o en la oficina del Servicio de Defensa del Asegurado, en la Avenida de Burgos 109, 28050 – Madrid, por correo o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos permitan su lectura, impresión y conservación, en cuyo caso, deberá ajustarse a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.

3. Una vez obtenida la resolución y agotada la vía de reclamación ante el Servicio de Defensa al Asegurado, en caso de mantener su disconformidad con el resultado del pronunciamiento o habiendo transcurridos dos meses desde la fecha de su recepción sin que dicho Servicio haya resuelto, podrá el reclamante presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en el Paseo de la Castellana, nº 44, 28046 Madrid. Igualmente, podrá someterla a los juzgados y tribunales competentes.

4. En todas las oficinas de CASER abiertas al público, y en la página web www.caser.es, nuestros clientes, usuarios o perjudicados, encontrarán a su disposición un modelo de impreso de reclamación, así como el Reglamento del Servicio de Defensa al Asegurado de la Entidad, que regula la actividad y el funcionamiento de este Servicio y las características y requisitos de presentación y resolución de quejas y reclamaciones.

5. En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los contratos, la normativa reguladora de la actividad aseguradora y la normativa de transparencia y protección de los clientes de servicios financieros (Ley de Contrato de Seguro, texto refundido de la Ley y Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, Ley de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, Orden ECC/2502/2012, que regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones entre otros, Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los servicios de atención al cliente de las entidades financieras, texto refundido de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias).

Fecha 28-01-2019	Clave Oficina 901	Oficina SENTMENAT	Timestamp 2019-01-28-00.17.02.367106	Referencia única G00067275349
Nombre del acreedor CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, S.A. CASER				Referencia del adeudo 0002697271150226997-001-1166000
Identificación del acreedor ES46001A28013050		Nombre del último acreedor		
Nombre del deudor SOTECEN VIAL, S.L.		Nombre último deudor		Banco acreedor CECAESMMXXX
POL.00000009/50226997 ACCIDENTES AVD AVD PRINCIPAL 0040 REC.6972711 EFECTO 25-01-19 A 25-01-20 ENVIO RECIBO A DOMICILIO DE POLIZA				
Importe EUR 167,69	Comisión EUR 0,00	Valoración 28-01-2019	00 0000	
IBAN ES06 0081 0095 3700 0115 2716			 SOTECEN VIAL, S.L. C COSTES DE FARIGOLA , 40 - LOCAL 1 08181 SENTMENAT (BARCELONA)	

Para cualquier aclaración puede dirigirse con esta nota de adeudo a la entidad indicada, que es la que nos ha facilitado esta información.